Artigo

Dor, sofrimento e vitimização como técnicas de governo: considerações a partir de casos de abortamento em mulheres com e sem deficiência intelectual[1]

Julian Simões[2]
Doutor em Ciências Sociais pela UNICAMP
Professor da área de Humanidades no Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER), membro do Ateliê de Produções Simbólicas e Antropologia (APSA) e do Núcleo de Estudos de Gênero Pagu/Unicamp

Resumo: O objetivo deste artigo é desvelar uma tecnologia de gestão que justapõe o conceito médico de *'deficiência mental'* ou *'deficiência intelectual'* às figuras jurídicas do 'incapaz' e do 'vulnerável'. Para tal, analiso quatro casos de abortamento legal decorridos de situações de violência sexual. Assim, defenderei que tal justaposição é efeito de uma gramática emocional fruto de um dispositivo de *sofrimento generalizado* que constrói a figura da *'mulher vítima de violência sexual'* como justificativa moral ao acesso a direitos sexuais e reprodutivos já garantidos. Por fim, buscarei indicar que tal modalidade de gestão – por mim denominada modalidade de médico-jurídica – consolidam refinados mecanismos de regulação e *descapacitação* de corpos com e sem deficiência intelectual.
Palavras-chave: Deficiência Intelectual; Descapacitação; Violência Sexual; Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Abstract: The purpose of this article is to reveal a management technology that juxtaposes the medical concept of *'mental deficiency'* or *'intellectual disability'* with the legal figures of the *'incapable'* and the *'vulnerable'*. For this, I analyze four cases of legal abortion resulting from situations of sexual violence. Thus, I will argue that this juxtaposition is an effect of an emotional grammar resulting from a *generalized suffering* that produces the figure of the *'woman victim of sexual violence'* as a moral justification for access to already guaranteed sexual and reproductive rights. Finally, I will indicate that this modality of management – denominated for me *modality of medical-legal* – consolidates refined mechanisms of regulation and *disabling* of bodies with and without intellectual disability.
Keywords: Intellectual Disability; disabling; sexual violence; sexual and reproductive rights

---

[1] Uma versão da discussão apresentada neste artigo pode ser encontrada na minha tese de doutoramento, em especial no capítulo 3. Também vale destacar que parte do que aqui apresento desdobra um artigo a ser publicado na Revista Anuário Antropológico da UnB e das discussões realizadas no Grupo de Trabalho intitulado "Nas tramas do viver: entre governos, escritas e antropologias da dor", ocorrido na 31ª Reunião Brasileira de Antropologia em Brasília entre 09 e 12 de dezembro de 2018. Agradeço a Maria Filomena Gregori, Guita Debert, Cynthia Sarti, Claudia Fonseca, Carolina Ferreira, Everton Oliveira, Larissa Nadai, Natalia Corazza e Letícia Ferreira pelas leituras e sugestões.
[2] Integra também o Gruo de Treball en Discapacitat i Antropologia do Institut Català d'Antropologia. Este artigo é fruto de pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo processo nº 2015/19346-0 e processo nº 2016/16682-1. Contato: eujulian@me.com

Apresentação

As reflexões que aqui apresento objetivam explicitar uma tecnologia de gestão que justapõe o conceito médico de *'deficiência mental'* ou *'deficiência intelectual'* às figuras jurídicas do 'incapaz' e do 'vulnerável'[3]. A partir de quatro casos de abortamento legal decorridos de situações de violência sexual, defenderei que tal justaposição é efeito de uma gramática emocional que faz emergir a figura da *'mulher vítima de violência sexual'*. Dessa maneira, ressaltarei que os direitos sexuais e reprodutivos, bem como as garantias de direitos à saúde sexual e reprodutiva consolidadas pelas Lei Brasileira de Inclusão de 2015, são acessadas por essas mulheres com deficiência intelectual a partir de um idioma pautado por concepções morais sobre dor e sofrimento. É somente a partir de uma segunda camada de justificação que direitos anteriormente garantidos podem ser exercidos com o mínimo de repreensões sociais. Por fim, buscarei indicar que tal modalidade de gestão – por mim denominada modalidade de médico-jurídica - consolida refinados mecanismos de regulação e *descapacitação*[4] de corpos com e sem deficiência intelectual.

A pesquisa foi realizada em um Ambulatório de Atendimento à Mulheres em situação de Violência Sexual junto a um Centro de Atenção à Saúde da Mulher[5] de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. De caráter multidisciplinar, o Serviço é composto pelas especialidades da enfermaria, da ginecologia, do serviço social, da psicologia e da psiquiatria. Entretanto, por ser um atendimento não obrigatório, cabe a *'paciente'* decidir se segue ou não o acompanhamento ambulatorial. Independentemente da decisão, todas as mulheres que chegam ao Pronto Atendimento do Centro de Atenção relatando uma situação de violência sexual são, de todo modo, atendidas por profissionais da enfermaria que realizam acolhimento, triagem e avaliação do tipo de violência relatada. Se identificada violência sexual em menores de 14 anos que ainda não menstruaram ou violência física e/ou psicológica em crianças ou adolescentes, estas são encaminhadas ao Pronto Atendimento da Pediatria do Hospital. Caso identificada violência física

[3] Este artigo adotará as seguintes padronizações de escrita: 1) *'termos entre aspas simples em itálico'* referem-se dados de campo oriundos da prática médica, seja do cotidiano do Ambulatório, seja de conceitos advindos dos manuais médicos que estão presentes nos Prontuários de Atendimento Médico; 2) 'termos entre aspas simples' referem-se aos dados de campo advindos da prática jurídica; 3) citações bibliográficas com até três linhas estarão no corpo do texto entre "aspas duplas", já as que possuírem 4 linhas ou mais serão descritas se utilizando de recuo à direita, fonte tamanho 10 e espaçamento simples; 4) termos grafados em *itálico* são formulações analíticas que quero destacar.

[4] O que chamo de *descapacitação* é, em realidade, um empreendimento analítico inspirado nas reflexões de Pedro Lopes e Carolina Branco Castro Ferreira. Dessa maneira, é preciso destacar que nas análises de ambos os autores, é possível encontrar uma reflexão mais refinada e potente do que aqui apresento. Para mais ver: Ferreira (2018), Lopes (2018) e Simões (2019).

[5] Em contextos políticos tão delicados como os atuais, optei por não localizar o Serviço de Atendimento, bem como mudar os nomes tanto da equipe médica como das meninas e mulheres em situação de violência sexual. Ainda que todos os procedimentos aqui descritos tenham cumprido à risca os preceitos legais, penso ser prudente não oferecer possibilidades que ajudem no desmonte de uma Política Pública de Enfretamento à Violência Sexual tão importante.

e/ou psicológica em mulheres adultas estas são encaminhadas ao Pronto-Socorro Adulto do Centro de Saúde em que fiz minha investigação[6].

Acompanhei as discussões dos casos pela especialidade da Psiquiatria, mas mantive contato com as demais especialidades do Ambulatório a fim de refinar minhas análises. De acordo com o que me foi apresentado, o Protocolo criado pelo Serviço do Centro de Saúde intenta garantir um acompanhamento médico por um período de 6 meses. Esse tempo, me explicou a equipe da psiquiatria, tem a ver com segmento Sorológico e não com questões de saúde mental ou demais protocolos Psiquiátricos. Por isso, não era incomum que algumas *'pacientes'* recebessem alta médica da psiquiatria, mas continuassem a frequentar o serviço ambulatorial nas demais especialidades. Ainda assim, o protocolo psiquiátrico toma como ideal que todas as mulheres passem por ao menos 2 consultas. Uma delas era realizada no primeiro dia de ambulatório quando elas passam por todas as especialidades. Já a segunda era a chamada consulta de retorno de segurança.

Tendo em vista essas breves considerações iniciais, apresentarei nas seções seguintes os casos de interrupção legal de gestação, assim como os modos singulares pelos quais consegui ter acesso a esses casos. Posteriormente, desdobrarei minha análise evidenciando o processo de justaposição de categorias presentes nas narrativas de violência. Por fim, indicarei as gramáticas emocionais que envolvem o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos dando especial atenção aos já anteriormente mencionados processos de regulação e *descapcitação* de corpos e sexualidades de mulheres com ou sem deficiência intelectual.

Formas, conteúdos e afetos

Respeitando um acordo realizado entre a equipe médica e eu, dei forma e existência às meninas e mulheres que frequentavam o serviço ambulatorial através de palavras, de termos técnicos, de códigos e siglas dos manuais médicos, de descrições narrativas em várias vozes e de um emaranhado de concepções médico-jurídicas contidas nas fichas de Avaliação Psiquiátrica dos Prontuários Médicos que eram discutidos e lidos pelos e pelas residentes. Dessa maneira, não era incomum ouvir descrições sobre os *'pequenos traumas, escoriações e hematomas distribuídos pelo corpo, bem como fissuras no canal vaginal decorridas de provável conjunção carnal'* ou *'ato perpetrado em sujeito vulnerável com uso excessivo de força física que resultou em fístula retovaginal'* ou ainda *'a paciente está hipervigilante, com lembranças intrusivas, irritabilidade aguda e acentuada alteração do sono'*. Ainda assim, esses relatos não deixavam de lado a crueza, a dureza e o desconforto das situações vivenciadas por aquelas mulheres que faziam acompanhamento no serviço ambulatorial.

[6] Para uma discussão mais aprofundada sobre o fluxo de atendimento ambulatorial ver Simões (2019), em especial, o capítulo 1.

Percebi que essa forma de entrar em contato com as situações de violência, me proporcionava uma espécie de mapa analítico que me ajudava a pôr em perspectiva tais episódios repletos carga emocional. Isso porque, além da preocupação com a saúde física e mental das *'pacientes'*, sentimentos como tristeza, decisão, vergonha e compaixão, por exemplo, apareciam nas narrativas que eu escutava. Por um lado, tais sentimentos reproduziam o que havia sido expressado à equipe médica pelas mulheres. Por outro, eram interpretações produzidas por relações empáticas entre as *'mulheres atendidas'* e a equipe médica. Sustento isso porque o modo como minha *escuta participante* (FORSEY, 2010) foi elaborada, me fez perceber a necessidade de colocar sob exame os engajamentos emocionais formados e informados através de um repertório compartilhado por noções de dor e sofrimento. Em outros termos, *materializar* mulheres a partir da *escuta* foi um elemento chave para a construção do argumento central deste artigo, a saber, colocar em perspectiva as modalidades de gestão médico-jurídicas.

Disso decorre o fato de que ter acessado as narrativas a partir das médicas, evidencia que minha investigação não dizia respeito às mulheres em situação de violência sexual. Tampouco dizia respeito as médicas que atendiam a essas meninas e mulheres. A pesquisa colocou sob análise técnicas de regulação operadas pela prática médica a partir de situações de violência em corpos de mulheres com ou sem deficiência. Ou seja, importa para a discussão deste artigo as práticas administrativas elaboradas a partir das técnicas de cuidado, de garantia de bem-estar e saúde, assim como de proteção tutelar que são informadas por manuais, diretrizes e pelos ordenamentos jurídicos e que eram performadas por essas profissionais[7].

Essa ênfase analítica não implica dizer que as situações singulares e as trajetórias de vida de cada mulher não importavam. Igualmente não significa dizer que as trajetórias da equipe médica também não importavam. São exatamente os engajamentos emocionais expressados na relação entre médicas e as trajetórias singulares das *'atendidas'* que criam as formas de narração mais ou menos empáticas que ouvi. Por sua vez, foram essas formas narrativas que me fizeram materializar mulheres e meninas em suas complexas formas de existir. Ao ouvir as diferenças de ênfase e de envolvimento com certas histórias, eu materializava os modos pelos quais eram acionados, a partir de uma gramática emocional comum entre a equipe médica, estratégias morais que justificassem, oficializassem e legitimassem os direitos que, em teoria, essas mulheres já tinham garantidos.

[7] Isso implica, em alguma medida, retirar a capacidade de agência tanto das meninas e mulheres com deficiência intelectual em situação de violência, como das médicas. No entanto, em um contexto político tão instável quanto dos atuais dias, essa estratégia foi o modo como consegui elaborar minha análise, haja vista que em nenhum momento houve qualquer descumprimento dos procedimentos legais em tais situações.

Elaborei essa relação entre equipe médica, meninas e mulheres em situação de violência e eu, a partir do que chamei *regime de silêncio*[8]. Tal ideia se sustenta em dois motivos interseccionados. O primeiro está no fato de eu não saber exatamente quem eram as meninas e mulheres atendidas e elas não saberem quem eu era, apesar de saberem da existência de alunos e pesquisadores devido a condição de o Centro integrar um Hospital dedicado à pesquisa, ensino e extensão. O segundo se deve ao fato de esse regime ter um caráter extremamente produtivo na relação que eu estabeleci com a equipe médica onde, indiretamente, as *'pacientes'* estavam presentes. Justifico isso a partir constatação de que ao narrarem as situações dessas mulheres, emergia uma espécie de relação oculta de silêncio entre as atendidas e eu. Ao manter a relação de silêncio do que não podia ser dito pelas *'pacientes'* a mim, a equipe médica fazia emergir o que era sabido, porém através de suas próprias formas de narrar.

Por isso, enfatizo que foi a *escuta participante* desses regimes de silêncio o que possibilitou acessar detalhes das narrativas que, provavelmente, não me seriam ditas caso o contato fosse face a face. A pessoa (ou parte dela) materializada através de palavras narradas pelos e pelas residentes da psiquiatria, explicitavam as modalidades de gestão médico-jurídicas. Isso porque, os efeitos decorrentes das situações de violência eram convertidos em códigos e em termos dos Manuais Médicos e Classificações de Doenças. Ou seja, ao transformar histórias singulares em categorias médicas homogêneas que alimentavam o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação do Ministério da Saúde (SINAN), ficava evidente as técnicas que gestavam e geriam pessoas, direitos e deveres.

No entanto, para perceber tais descrições eu precisava compreender a articulação entre a forma e o conteúdo que estruturavam tais narrativas de violência. Desse modo, as Fichas de Avaliação Psiquiátricas e os Prontuários Médicos que escutei, se converteram em elementos importantes no modo como eu passei a elaborar minhas análises. Ao registrar em termos técnicos, em relatórios, laudos, atestados e exames clínicos, o Prontuário produzia e dava materialidade às práticas do próprio Ambulatório. Por sua vez, esses mesmos registros também produziam e davam materialidade às inúmeras situações de violência sexual perpetradas em meninas e mulheres que eram atendidas pelo Serviço do Centro de Atenção. A *escuta participante dos regimes de silêncio* produziu outros tipos de acesso que se converteram em importantes elementos capazes desvelar uma técnica de governo. Assim, quando as e os residentes narravam as situações de violência, eu sabia que

[8] Tal ideia é motivada por um ensaio teórico realizado por César & Nadai & Veiga (mimeo) em que discutem as contribuições teóricas advindas das reflexões sobre o silêncio empreendidas por Veena Das, Fiona Ross e Grace Cho.

seguiam uma convenção narrativa (NADAI, 2012) advinda de uma forma específica, ou seja, a ficha de avaliação[9].

Todavia, antes de iniciar as narrativas, creio ser necessária uma breve consideração sobre elas. É importante ter em mente que as situações descritas também foram produzidas a partir de meu esforço narrativo. Como indicado páginas acima, os termos técnicos, as enunciações a partir da forma-formulário das fichas de avaliação e os engajamentos emocionais da equipe, mas também os meus, são os principais elementos que compõem minha descrição dessas situações. Afirmo isso porque nem sempre eram os mesmos residentes que atendiam as meninas em mulheres em situação de violência. Dessa maneira, o modelo gráfico das fichas de avaliação elaboradas na primeira consulta, eram a referência para todos os médicos que viessem a atender alguma dessas mulheres. Já a evolução do caso, os novos desdobramentos do episódio da violência ou mesmo dos antecedentes clínicos da *'paciente'* comumente eram relatados nas consultas subsequentes. No limite, a emergência da *'vítima de violência sexual'* é uma tecnologia de gestão que se utiliza de um suposto de *descapacitação* de corpos sejam eles com ou sem deficiência intelectual.

Monica

Assim que passei pelas catracas do Centro de Atenção, vi que já não havia cadeiras livres na sala de espera no térreo. Pude perceber que o ir e vir das enfermeiras com as fichas e Prontuários nas mãos colocava em alerta as mulheres que lá se encontravam. A qualquer momento elas podiam ser chamadas e, enfim, interromper o desconfortável período de espera que estava estampado em seus rostos. Mais tarde, uma das médicas residentes me disse que uma daquelas mulheres era Monica. Sentada em um dos bancos, nunca soube seu rosto, sua tonalidade de pele ou mesmo seu timbre de voz. Mesclando informações contidas no Prontuário com informações escutadas da consulta, muito concentrada, a médica iniciou sua narrativa sobre a história da mulher.

Monica tinha 24 anos, era mãe de três filhos[10] e originária da Paraíba. Segundo a residentes, recentemente, a *'paciente'* havia se separado do pai das crianças, já que, no último dos episódios das agressões físicas – todos registrados em Boletins de Ocorrência – o homem raspou a zero seu cabelo. Por fim, a médica relatou sobre o visível constrangimento de Monica traduzidos em seu andar, quase sempre, de cabeça baixa. A situação desencadeou a compra de uma peruca bastante artificial a fim de esconder sua falta de cabelos. Interrompendo sua narrativa, nos contou o desabafo realizado pela mulher durante a consulta que acabara de realizar. A *'paciente'* disse que o

[9] Vale relembrar, como afirmei anteriormente, que eu não tive acesso a essas fichas. Contudo, tive acesso a um modelo vazio destas mesmas fichas que sempre me acompanhou durante toda a pesquisa de campo. Penso que essas conexões ganharão formato – de aparência e de conteúdo – a partir dos quatro casos de interrupção legal de gravidez que narrarei a seguir.

[10] O mais velho tinha 10 anos de idade. Já os outros dois tinham 8 e 1,8 anos de idade. Todos os filhos são fruto do casamento com seu ex-marido.

último episódio de agressão foi o estopim para a tomada de decisão de romper o relacionamento com o companheiro.

Prosseguindo com o relato, a residente nos informou que Monica estava novamente grávida. A gestação decorria de um episódio de violência sexual que sempre a levava às lágrimas quando relembrado. O agressor estava foragido e era um antigo companheiro de trabalho. Após descobrir que estava grávida, Monica pediu demissão do emprego e, segundo complementou a assistente social, por tal motivo a mulher passava por dificuldades financeiras.

Com muita dificuldade de recuperar memórias do ocorrido, Monica conseguia apenas precisar que tudo havia começado após aceitar o convite de um companheiro de labuta para um drink em um bar perto do local onde trabalhavam. A *'paciente'* se lembrava da conversa agradável que manteve com o amigo de trabalho e de ter ganhado do bar em que estavam um drink como cortesia. Finalizando a breve narrativa, a médica residente destacou que a bebida foi deixada em cima da mesa, sob responsabilidade do amigo, para uma rápida ida ao banheiro. Daí em diante a *'paciente'* não se lembrava de mais nada e se tornou *'vulnerável'* de sua momentânea *'incapacidade'* de responder pelos seus próprios atos.

O desdobramento da situação é narrado pela residente através de uma descrição das descobertas que havia feito durante a consulta realizada momentos antes. Destacou o estado de confusão mental, ainda que ela fosse capaz de realizar crítica aos seus próprios atos. Informou também que Monica não sabia como havia voltado e se havia voltado para a mesa em que estava. Contou que ela não se lembrava como e a que horas saiu do bar e tampouco se lembrava como chegou naquela estranha cama em que acordou nua, sozinha e sem dinheiro. Com um timbre de voz mais apreensivo, a médica ainda relatou que a *'paciente'* só conseguia se lembrar que havia acordado com dores na região vaginal. Bastante tocada pela história de Monica, por fim, a residente informou que as regras menstruais da mulher estavam atrasadas e, depois de três filhos nascidos, apreensiva ela sabia que tal fato podia indicar uma gravidez. Não foi preciso muito tempo para a confirmação de que o atraso em sua menstruação significava uma nova gestação.

Segundo a residente, e confirmada pela assistente social que acompanhava o caso, a possibilidade que cogitava para a resolução dos problemas criavam ainda mais riscos para saúde emocional dela e de seus filhos. Em tom de preocupação, a médica disse que, para Monica, parecia menos drástico reatar a relação conturbada e agressiva que vivia com seu antigo companheiro. A psiquiatra descreveu o quadro clínico da *'paciente'* como preocupante, ainda que com grandes possibilidades de melhora. Relatou que ela não dormia bem, apresentava constantes crises de *'ansiedade'*, *'choro incontroláveis'*, sentia vergonha, *'culpa'* e dava indícios de um quadro de *'evitação social'*.

Por questões inerentes ao próprio processo de autorização da interrupção legal de gestação, Monica teve seu pedido negado. Segundo foi-me explicado pela equipe, a diferença entre a data da violência e a data da concepção apresentava demasiada discrepância[11]. A dúvida não era se Monica havia ou não sofrido uma situação de violência sexual. Mas sim, se a gravidez era fruto do episódio em questão ou de uma relação sexual anterior. Diante da resposta negativa, Monica passou a cogitar realizar uma interrupção ilegalmente ou mesmo dar fim a sua própria vida. Situação essa que colocou em alerta as profissionais do ambulatório de atendimento especial. *'Ideação suicida'* é um dos quadros clínicos disparadores de atenção aos profissionais de saúde mental. Assim, a fim de conseguir dar um pouco mais de tempo à *'paciente'*, a instruíram que voltasse ao antigo trabalho e pedisse a escala de horários em que ela estivera compartilhando os afazeres com o funcionário que a agrediu.

Dias depois fui informado pela equipe que Monica havia se equivocado com a data informada sobre a situação de violência sexual. Devido a tal equívoco, o aborto havia sido negado. Contudo, com a nova data, Monica poderia pedir reavaliação de seu pedido e teria grandes chances de aprovação. Para isso, me contou a equipe médica, ela precisava voltar à Delegacia de Polícia para retificar o Boletim de Ocorrência, bem como corrigir a data da agressão informada no Prontuário Médico. Realizado esse procedimento, por fim, seu processo de interrupção legal foi aprovado e ela se internou dias depois para realização do procedimento. Após a discussão do caso, em sua ficha de avaliação uma observação foi anotada: era preciso prestar atenção se a sensação de alívio e confiança pós interrupção permaneceria nos dias que se sucederiam.

Nice

Em meio a todos os sons, cheiros, cores e mulheres que eu havia cruzado quando entrei na recepção do Centro de Atenção, já na sala de discussões, descobri que Nice se encontrava à espera do atendimento agendando para aquela tarde. A garota estava acompanhada de sua mãe, já que este era um caso de *'violência presumida'*[12]. A residente informou que com 11 anos de idade, a garota não parecia entender o que se passava no hospital. Envolvida pela história, a médica iniciou sua narrativa e relatou que Nice vivia com a mãe e os irmãos em sua casa num bairro periférico da

[11] A concepção (fertilização de um óvulo por um espermatozoide) ocorre após a ovulação, cerca de 14 dias após o período menstrual. Dessa maneira, em situações de violência sexual é importante saber o último dia do ciclo menstrual, a fim de assegurar que a data da violência coincida com o período fértil da mulher em situação de violência. Isso porque, foi-me explicado, os exames clínicos são capazes de fornecer aproximadamente a idade gestacional por meio da medição do embrião. Porém não são capazes de precisar a data exata da concepção. Também me explicaram que esses procedimentos possuem uma margem de erro de 7 dias para mais ou para menos. No caso de Monica, confrontando a data do episódio de violência com o exame clínico para calcular a idade gestacional, havia uma diferença de mais de 15 dias.

[12] Até a promulgação da Lei nº 12.015/2009, conhecida como Lei do Estupro, utilizava-se a noção de presunção da violência nos casos envolvendo menores de 14 anos, pessoas com deficiência mental ou intelectual e demais pessoas assignadas pelo conceito de incapacidade do Código Civil de 2002.

cidade. Estava regularmente matriculada no Ensino Fundamental, bem como frequentava as aulas todos os dias. A situação de violência ocorreu em sua própria casa e foi perpetrada pelo tio materno. A Assistente Social contou que a mãe da garota relutou em acreditar que seu irmão havia sido capaz de ter cometido tal ato. Já a médica residente, contou que em consulta Nice disse se sentir muito *'entristecida'* e preocupada em saber que algo mal podia acontecer ao seu tio, ainda que ele tivesse feito *'algo de ruim'* para ela.

A fim de nos fazer compreender a situação de violência, a médica psiquiatra reiniciou sua narrativa do que foi descrito no atendimento imediato. Segundo contou, a menina se divertia com as brincadeiras que o tio e ela faziam. Ria muito das cócegas e das carícias que ele fazia durante todo o tempo em que, em cima da cama, realizavam um jogo no qual, lentamente, o tio de Nice tirava a calça e, por fim, a roupa interior da sobrinha. A médica descreveu também o relato de desconforto na região vaginal quando, já sem roupa, a garota era obrigada a sentar no colo do seu tio. Foi dito ainda a utilização de força física para segurá-la, bem como para abafar os *'gritos'* e *'choros'*. Tanto a residente como a psicóloga afirmaram que a garota de 11 anos estava muito *'chorosa', 'quieta' e 'bastante abalada'* com o ocorrido.

De acordo com a equipe, a *'tristeza'* da garota também tinha outra justificativa: a gravidez indesejada decorrida daquela situação. Para a residente da psiquiatria, o quadro clínico da garota era bastante frágil. A rotina de sono havia sido alterada, ela se sentia insegura e tinha crises de medo quando estava sozinha ou no escuro. Estava mais calada e seu apetite havia diminuído. O choro era constante e, como me disseram, a garota parecia '*sofrer'* muito. Não somente ela, mas toda a família parecia estar afetada com a situação, me informou a assistente social. Ainda assim, a garota foi capaz de expressar seu desejo em interromper aquele processo que lhe causava tanto *'sofrimento'*. Conforme foi narrado, Nice achava que assim sua mãe não se preocuparia tanto com o tio que estava *'ameaçado de morte'* pela milícia do bairro onde moravam. Por conta disso, a garota e sua mãe resolveram não registrar Boletim de Ocorrência.

Durante todas as consultas, era notável o envolvimento e a preocupação da equipe médica com a saúde física e emocional da menina. Devido ao fato de a situação de violência ter ocorrido com uma *'menor de idade'* protegida por legislação especial[13], frequentemente ouvi termos como *'violência presumida'*, *'sujeito incapaz'* e *'vulnerável'*. Nas demais consultas que se seguiram, contou a residente, Nice pouco falou e se sentiu bastante desconfortável com a quantidade de exames físicos ao qual foi submetida. Disse também que foi muito comum durante os procedimentos que os olhos da garota se enchessem de lágrimas.

[13] Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal n. 8.069, de 1990).

Pacientemente, a equipe explicou que ela sentiria um pequeno desconforto durante algumas horas, mas que haveria sempre alguma enfermeira por perto para ajudá-la. Para a mãe de Nice a equipe informou da importância do registro de um Boletim de Ocorrência, ainda que não obrigatório, para a realização do abortamento legal. Por fim, explicou para ambas que após a interrupção da gestação, a garota deveria ser acompanhada pelas psicólogas e psiquiatras do serviço. De algum modo, a equipe do Ambulatório sabia que o aborto não era, necessariamente, o final de um longo processo de *'angústia'* desencadeado por um episódio de violência sexual. Por isso, disseram que as hipóteses de *'TEPT'* e *'Síndrome do Estupro'* deviam ser observadas nos próximos atendimentos, já que o quadro clínico dela era propício para o desenvolvimento deste transtorno e síndrome.

Laura

Com 27 anos, Laura tinha um Prontuário Médico bastante extenso e parecia conhecer bem a praxe hospitalar. Segundo a residente, a *'paciente'* fazia acompanhamento no Hospital de Referência desde que teve seu diagnóstico de *'retardo mental'* confirmado. Por isso, ela não estava tão deslocada e assustada com a rotina de espera, consultas e exames, bem como com os característicos cheiros, sons e cores de um hospital. Seu Prontuário Médico registrava uma história institucional que ia além do caso em questão. Conforme avançava a narração, soube que Laura vivia com a avó, era diagnosticada com *'retardo mental de gravidade não especificada'*. Também descobri que passava por acompanhamento psicológico, que não era alfabetizada, apesar de saber assinar seu próprio nome e era copista.

A partir de um esforço de sistematização das várias e fragmentadas vozes registradas na ficha de atendimento imediato que escutei, a médica residente iniciou sua narrativa sobre a situação de violência em questão. A avó de Laura havia ido à festa de aniversário de uma conhecida do bairro e deixado a neta sozinha em casa por algumas horas. Conforme contou a residente, a *'paciente'* estava vendo seu programa de televisão favorito quando ouviu alguém chamar à porta. Vendo que era Joaquim, Laura o convidou para entrar e passaram a conversar. Tempo depois, o vizinho e ela iniciaram um jogo curioso. No começo, Laura disse ter achado tudo muito divertido, já que as cócegas realizadas por Joaquim a faziam rir. Depois, confessou que não gostou de ter que tirar a roupa e de sentir o bigode a barba do vizinho roçando em seu corpo. Também se queixou do desconforto vaginal que sentiu quando Joaquim se deitou por cima dela e fazia alguns movimentos repetidos e que causavam uma sensação de desconforto. Ainda assim, ela garantiu que o vizinho não a machucou e que não haviam mantido relações sexuais. Tal relato deixou claro para a equipe médica que Laura não sabia o que de fato era uma relação sexual.

Por conta de tal situação, ela estava grávida e necessitava fazer um processo de *'interrupção legal de gestação'*. A avó, e tampouco a tia, era a responsável legal de Laura, no entanto, assumia todas as reponsabilidades de cuidado emocional e econômico da neta. Por isso, afirmou à equipe médica que ela não tinha mais idade, condições emocionais e financeiras para cuidar de um novo membro na família. Assim, ela acreditava que a melhor decisão a ser tomada era o aborto. Sem titubear, afirmou a assistente social, a avó da paciente registrou Boletim de Ocorrência e acreditou ter tomado todos os procedimentos legais necessários para dar fim ao caso iniciado pela situação de violência sexual sofrida pela neta. Durante as demais consultas, a equipe informou o que havia sido explicado pela tia sobre o quão sofrido era para avó cuidar de Laura. A tia contou ainda que nunca se pode contar física ou emocionalmente com a mãe da sobrinha, uma vez que havia fortes suspeitas de que também fosse, ainda que em grau menor, *'incapaz'* e *'deficiente mental'* como Laura. De todo modo, isso não impediu que se casasse novamente e tivesse mais duas filhas pequenas com as quais a sobrinha adorava brincar.

A equipe médica me disse que Laura havia confirmado toda a história contada pela tia. Porém, quanto a decisão do abortamento, ela parecia mais ambivalente e dizia que não estava segura de que o melhor para si seria realizar a interrupção de gestação. A residente enfatizou que durante as consultas, ela pareceu bastante *'pueril'* e dizia que gerar uma criança parecia algo prazeroso, já que via tantas pessoas felizes quando descobriam uma gravidez. No entanto, quando a equipe explicou todas as responsabilidades que uma gestação implicava, Laura disse que talvez fosse demasiada a responsabilidade. Disse também que a chegada de uma criança dificultaria seus passeios, suas brincadeiras com as irmãs mais novas, assim como sua participação nas oficinas que tanto gostava. Desse modo, foi pesando os prós e os contras, mas também levando em consideração o desejo de sua avó, que Laura se convenceu de que a melhor escolha era pela interrupção da gestação.

Passados alguns dias, fui informado que o pedido de interrupção legal de gestação havia sido aprovado. Contaram-me ainda que a explicação sobre os procedimentos técnicos parecia distante da compreensão por parte da *'paciente'*. Ainda assim, disseram que ela estava grávida de 12 semanas, de que sentiria algumas dores e de que seria acompanhada durante todo o procedimento por profissionais do hospital. Nas demais consultas pós abortamento fui informado que ela só *'chorou'* quando, no final do processo, viu o pequeno feto fora de seu corpo. Por fim, algo me pareceu interessante nessa história. Apesar e bastante envolvidos e dedicados ao caso, o engajamento com a história de Laura não foi unânime. Por isso, intuí que sua condição de pessoa com deficiência intelectual não ressoava tanto nas e nos residentes como ressoou o caso de Maria que narrarei a seguir.

Maria

Diferentemente das demais *'pacientes'*, Maria, de 13 anos de idade, não estava fisicamente no ambulatório para as habituais consultas. Internada na obstetrícia do Hospital de Referência, a menina compareceu às dependências do Ambulatório por meio de seu Prontuário Médico. Consoante o que foi narrado, ela estava ali materializada *'em palavras'*. Estas, por sua vez, estavam acompanhadas de termos médicos que diziam muito sobre seu quadro de saúde. Diagnosticada em seu nascimento como *'Retardo Mental Leve'* e *'Paralisia Cerebral'*[14] do lado direito, Maria vivia com sua mãe, com seu irmão mais novo de 10 anos e com seu irmão mais velho de 16 anos. Por seu delicado estado de saúde, uma dupla camada de cuidado continuamente lhe foi destinada.

Segundo me contou a equipe, a mãe da garota de 13 anos disse que desde muito pequena a saúde da filha apresentava um quadro elevado de fragilidade, assim como ela havia perdido as contas dos inúmeros episódios convulsivos que a menina teve ao longo dos anos. Todas as responsabilidades de cuidado eram realizadas por ela, já que o marido alcoolista os abandou pouco depois do nascimento de filho mais novo. Não bastasse o complexo quadro de *'vulnerabilidade'* e *'incapacidade'*, conforme narrado e registrado nas fichas do Prontuário, a garota havia sido trazida ao Hospital por sua mãe com uma gravidez bastante adiantada.

A equipe informou que todos os exames pelos quais a *'paciente'* passou lhe causavam *'crises de choro'* e também a *'assustavam'*. Na narrativa realizada sobre o episódio de violência vivenciado por Maria, as palavras descritas pela equipe pareciam retratar uma espécie de situação improvável mesclada com outra situação impossível. Segundo os registros que escutei, a mãe da garota contou que havia deixado sua filha e seu filho mais novo brincando em um dos cômodos da casa enquanto realizava alguns dos afazeres domésticos. Percebendo que já se passava tempo em que os filhos estavam *'sozinhos'*, mas também com o silêncio atípico para crianças naquela idade, decidiu ir até o quarto. Para sua surpresa, ela se deparou com o filho mais novo de calça abaixadas em cima de sua filha Maria. *'Angustiada'*, ela tentou de todos os modos esquecer o que presenciou. Segundo uma das assistentes sociais, a mulher instruiu os filhos que não contassem o episódio para ninguém, nem mesmo para o irmão mais velho de 16 anos, que não estava em casa na hora do ocorrido. Porém, narrou a assistente social visivelmente sensibilizada, alguns dias depois o esforço por esquecer o ocorrido foi abruptamente interrompido.

[14] Segundo a Associação Brasileira de Paralisia Cerebral (ABPC), a Paralisia Cerebral (PC) descreve um grupo de desordens do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações nas atividades. São atribuídas a distúrbios não progressivos que ocorrem no cérebro em desenvolvimento. As desordens motoras da PC são geralmente acompanhadas por alterações na sensação, percepção, cognição, comunicação e comportamento, podendo também ser acompanhadas por crises convulsivas. (Associação Brasileira de Paralisia Cerebral – ABPC, acessado em Junho de 2017: http://www.paralisiacerebral.org.br/saibamais06.php)

Pelo segundo mês consecutivo Maria não menstruou. A mãe da garota sabia que, por conta dos problemas de saúde, assim como pela quantidade de remédios que a filha tomava, era comum certa desordem em seu clico menstrual. Todavia, nunca a desordem havia superado o período de dois meses. Assim, logo intuiu que algo de errado podia estar se passando com a filha. Conforme narrou a assistente social, a mulher disse ter atrasado qualquer tomada de decisão o quanto pode, mas a barriga da filha podia crescer e denunciar a possível gravidez que tão veementemente ela queria esconder. Depois de tomada a decisão, a mulher contou a equipe que a filha e ela seguiram o caminho para o Hospital. O filho mais velho, afirmou a mãe de Maria a assistente social, nem imaginava a complicada situação pela qual a família estava passando. Já o filho mais novo, aquele que se convertera no *'agressor'*, tampouco sabia que havia engravidado a própria irmã.

No hospital, a confirmação da gravidez somente aumentou o problema que viviam. Segundo a médica residente, a mãe da garota foi logo informada dos procedimentos legais que necessitava realizar caso decidisse pela interrupção legal da gestação da filha. No entanto, registrar um boletim de ocorrência contra o seu próprio filho não era uma decisão fácil. Além do mais, ela acreditava que um registro como esse podia colocar em risco a única fonte de renda com o qual se mantinham, ou seja, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) concedido à filha[15].

Já a equipe médica tinha inúmeros dilemas técnicos a enfrentar. Nas discussões que presenciei, a equipe sabia que precisava tomar uma decisão institucional delicada que envolvia dois *'sujeitos vulneráveis'*. Os procedimentos adotados pelas equipes do Hospital e do Centro de Atenção, a mim explicados com a mesma atenção que explicitaram à família, consistia primeiramente em confrontar as narrativas de mãe e filha a fim de se certificarem da coerência da história. Logo perceberam que, guardadas as devidas diferenças dos modos de narrar, os fatos contados eram fundamentalmente os mesmos. Em uma longa e exaustiva reunião discutiram a delicada situação emocional, enfatizando a mudança na qualidade do sono, as alterações no apetite, os sintomas de *'ansiedade'*, os sintomas de *'sofrimento psíquico'*, assim como a *'saúde física'* da garota. Conforme foi narrado em discussão por um dos médicos da obstetrícia, foram realizados todos os exames físicos para assegurar a viabilidade de um procedimento de interrupção. Também se certificaram de que todos os procedimentos legais para a realização de tal processo fossem cumpridos.

Vale lembrar, como me disseram, além de *'deficiência mental'*, a garota era *'menor de idade'*, o que implicava lidar com uma normativa específica (ECA) que precisava ser cumprida à risca. Categorias médicas e jurídicas precisavam dizer as mesmas coisas, o que explica as várias menções que escutei de termos como *'vulnerável', 'incapaz', 'retardo mental', 'tutelado'*. Somado a esses procedimentos, foi

[15] Benefício assistencial em que a pessoa com deficiência tem direito ao recebimento de um salário mínimo mensal, de forma continuada, de acordo com os termos da Lei Federal nº 8.742, de 07/12/1993.

realizado um cuidadoso exame psiquiátrico com Maria, bem como uma detida explicação à garota sobre os procedimentos, as possíveis dores e outras manifestações físicas decorridas do aborto. Durante todo o processo, que durou pouco mais de uma semana, a garota chorava e ora dizia querer realizar, ora não queria realizar a interrupção. As alterações no sono, do apetite e mudanças na rotina da *'paciente'* foram constantemente reforçadas nas narrativas da equipe.

Foi-me narrado que, um pouco *'desorientada'*, Maria *'chorava'* muito e reclamava das dores durante todo o procedimento. Só conseguiu se sentir mais tranquila depois que o feto de pouco mais de 500 gramas já não se encontrava mais em seu corpo. Após o procedimento, Maria permaneceu mais calada e um pouco chorosa. Quando lhe faziam alguma pergunta, na maioria das vezes, respondia balançando positiva ou negativamente a cabeça. Vez ou outra a garota quebrava o silêncio e contava a alguém da equipe médica sobre o desejo de voltar para a sua casa a propósito de ficar mais próxima de sua mãe. Um pouco mais aliviada, porém visivelmente afetada pela situação, a mãe não tinha tempo para se tranquilizar. Ela agora precisava criar uma estratégia para dividir os cuidados entre a filha com deficiência intelectual, que havia passado por um procedimento de aborto, e o filho de 10 anos que além das crises convulsivas apresentava um quadro psicológico bastante singular.

Categorias justapostas: sobre deficiência intelectual, incapacidade e vulnerabilidade

As situações de Monica, Nice, Laura e Maria que materializei a partir da escuta, guardam em suas narrativas um complexo de afetos, termos técnicos, definições jurídicas e sentimentos variados de empatia, compaixão e cuidado. Diante da delicadeza de cada um dos episódios narrados, precisei redobrar atenção aos modos pelos quais se compunham as formas narrativas que me chegavam pelas discussões. Inicialmente, não foi incomum assimilar como dadas as descrições de *'sofrimento', 'dor', 'angústia'*, assim como interpretar o *'choro'*, *'tristeza'* e *'dispersão da atenção'* como indícios da aflição desses corpos. A difícil tarefa estava em me equilibrar entre estabelecer meu envolvimento empático com as histórias que escutei e marcar um envolvimento crítico que me possibilitasse matizar as tecnologias de gestão que homogeneizava a singularidade de cada vivência.

Por isso, nos quatro casos de abortamento legal narrados, busquei apreender e sistematizar as semelhanças, as diferenças e as ambivalências. Assim, percebi que as trajetórias individuais dessas mulheres pareciam perder suas especificidades frente aos termos técnicos e as categorias jurídicas descritas nas fichas dos Prontuários. Por outro lado, a ênfase em expressões de choro, angústia, tristeza e uma gama variada de emoções, dava mais realidade às descrições médico-jurídicas individualizando-as novamente. Nice e Laura, por exemplo, perdiam suas singularidades aos serem descritas como 'sujeito incapaz' ou 'vulnerável'. Do ponto de vista técnico, o fato de Nice ter 11

anos de idade e não ser pessoa com deficiência intelectual não implicava uma diferença em relação a Laura, que tinha 27 anos de idade e era diagnosticada como pessoa com deficiência intelectual. O que sobressaia dessa aproximação era o fato de que ambas passavam a ser descritas em termos de 'vulnerabilidade' e 'incapacidade' de consentir ou resistir uma relação sexual.

Por sua vez, os *'choros angustiados'* de Monica e Maria produziam efeitos diferentes aos serem descritos nas fichas. Isso porque os sentimentos exprimidos por Monica foram significados a partir da dificuldade de manter os filhos pequenos, bem como à sua frágil condição financeira. Além disso, ao episódio de violência sexual, somava-se outras vivências de violência psíquica e física que acionavam uma espécie de termômetro de atenção e cuidado traduzidos pela *'ideação suicida'* por ela enunciada. Já no caso de Maria, a descrição desses sentimentos indicava sua condição de *'limitada compreensão'* sobre os procedimentos médicos que lhe causavam dores físicas e também medo. Indicava ainda a relação de 'dependência', uma vez que ao final das *'crises de choro'*, sempre se enfatizava o fato de Maria queria estar próxima de sua mãe.

Dessa maneira, a partir da minha escuta participante eu consegui colocar sob análise alguns dos expedientes administrativos médico-jurídicos. Estes se constituem por uma técnica de atenção e cuidado, de garantias de saúde e direitos e de proteção típica dos exercícios de poder tutelar (SOUZA LIMA, 1995). Ao me concentrar nas narrativas e nos engajamentos que as extrapolavam, formulei elementos de contraponto aos modos como síndromes, tipificações jurídicas, mas também *'dor'* e *'sofrimento'* eram descritos no Prontuário. Longe de afirmar que essas descrições não eram verdadeiras, estou querendo sublinhar o fato de que esta estratégia não era o único meio de se narrar essas experiências. É parte de uma convenção narrativa (NADAI, 2012) fundada em uma prática imersa em disputas e tensões entre o saber médico, o saber jurídico e as reivindicações dos variados ativismos. Por isso, como veremos adiante, a elaboração de um dispositivo de *sofrimento generalizado* construía a figura da *'mulher vítima de violência sexual'* como justificativa moral ao acesso a direitos sexuais e reprodutivos já garantidos.

Isso implica compreender que os abortamentos realizados por Monica, Nice, Laura e Maria utilizam de uma mesma gramática emocional. Sem embargo, também implica reconhecer que se diferenciam burocrática e legalmente, posicionando-as em lugares distintos. No caso de Monica, sua *'incapacidade'* e *'vulnerabilidade'* são condições transitórias dado seu estado de perda de consciência devido a embriaguez e substâncias desconhecidas que foram colocados em sua bebida. Por não poder oferecer resistência, a falta de consentimento para o ato sexual a coloca juridicamente em uma das condições descritas como 'Estupro de Vulnerável'. Diferentemente do que se passa com Nice, Laura e Maria, a mulher de 24 anos não é apreendida a priori como um 'sujeito vulnerável'.

Em outras palavras, a situação de 'vulnerabilidade' e a 'incapacidade' de resistência não são lidas pela chave da 'presunção de violência'.

Monica, como é sabido, teve reforçada em sua narrativa o choro, as crises de ansiedade, a culpa e o comportamento de evitação social. Teve ainda descritas as dificuldades financeiras em sustentar seus três filhos, as violências física, moral e psicológica perpetradas pelo antigo marido. Todavia, foram as *'ideações suicidas'* e a possibilidade de um procedimento de interrupção de gestação fora do ambiente hospitalar o que despertou preocupação na equipe do Ambulatório. Desse modo, foram os fatores decorridos da situação de violência sexual aquilo que a constrói como *'vítima'*. Obviamente, isso não quer dizer que a equipe médica não estabelecia uma relação empática com o caso. No entanto, era perceptível as diferenças de envolvimento quando comparados com as histórias de Nice, Laura e Maria.

Tais relações também tinham em conta os aspectos jurídicos que envolviam os procedimentos de interrupção legal de gestação. Monica era maior de idade e podia assinar e decidir autonomamente pelo ato requerido. Ao menos do âmbito legal, tal fato tornava a situação de abortamento menos complexa, visto que sendo juridicamente responsável sua vontade para realização de tal procedimento prevalecia. Entretanto, mesmo nas situações previstas por lei, ou seja, abortamento em decorrência de uma situação de violência sexual, de risco de morte à mãe e de gestação de anencéfalo, há a necessidade de reafirmar esse direito desde uma economia moral (FASSIN, 2012). Pelo exposto até o momento, sustento que os casos de Nice, Laura e Maria ampliam o alcance do que estou afirmando sobre e que comecei a elaborar pela história de Monica por ao menos três motivos.

Um deles tem a ver com a explicitação do emaranhado de relações sociais, de moralidades, de concepções religiosas e de disputas políticas em torno das situações de violência sexual e, especificamente, do aborto. O outro deles tem a ver com o caráter ilusório das concepções universalistas de direito e a necessidade de um longo processo de especificação de sujeitos e de seus direitos[16]. Como bem afirmam Lacerda & Vidal (2014), o texto legal não é neutro, uma vez que consolida e reproduz concepções fundadas em hierarquias e assimetrias de gênero, sexualidade, religião, raça e deficiência[17]. Por fim, o último dos motivos diz respeito ao complexo dispositivo de proteção que envolve, *'pacientes'*, familiares e/ou responsáveis, como também os demais agentes

[16] Para uma discussão mais aprofundada ver Simões (2019), em especial o capítulo 2.

[17] As autoras formulam essa crítica aos textos legais, mas também ao que elas chamam de campo do Direito, tendo por base as mudanças do conceito de violência no ordenamento jurídico brasileiro. Ao mostrarem o longo processo pelo qual a violência contra a mulher era tipificada no Código Penal de 1940, as autoras demonstram que somente com a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) e a Lei do Estupro (Lei nº 12.015/2009) que o bem jurídico a ser protegido era dignidade sexual de mulheres, crianças, adolescentes e demais sujeitos considerados vulneráveis. Isso porque, até 2009 os crimes sexuais eram tipificados como crimes contra os costumes onde o bem jurídico ofendido era a honra do homem.

institucionais da trama ao qual o Ambulatório é parte. Dessa forma, ao fundamentarem o abortamento decorrido de uma situação de violência pelo idioma do sofrimento, cria-se uma um *dispositivo de proteção expandida* que envolve a todos os agentes dessa relação[18].

Penso que analisando as categorias de *'deficiência mental ou intelectual'*, *'incapacidade'* e *'vulnerabilidade'* presentes nas narrativas dos casos de Laura e Maria, isso ganhe mais sentido. Tal afirmação se dá já que a utilização dessas categorias diz respeito ao mecanismo de retroalimentação entre a prática médica e a prática jurídica. Nesse procedimento, a um só tempo, são construídas definições legais e categorias diagnósticas classificatórias. Segundo Gonçalvez (2011), essa interdependência ocorre pelo fato de que os atos jurídicos extrapolam a competência do operador do direito. Isso quer dizer que, para essa perspectiva, um juiz pode e deve legislar sobre a condição de saúde dos sujeitos, desde que amparados por especialistas autorizados que lhes forneçam laudos, relatórios e diagnósticos a fim de fundamentar suas decisões. Por isso, não espanta o fato de que nas narrativas dos casos de Laura e Maria fosse possível identificar um trânsito de significados e de efeitos dessas categorias.

'Violência presumida'[19], por exemplo, é uma disposição da prática jurídica que circunscreve como violência sexual um ato sexual praticado com sujeitos considerados 'incapazes'. Isso implica dizer que, independentemente do consentimento ou não consentimento do intercurso sexual, o ato é inquestionavelmente formalizado como uma situação de violência sexual. Na prática médica, a noção de violência sexual passa por outros matizes, uma vez que é fundamental respeitar a experiência vivida dos sujeitos a fim de acolher, atender e cuidar de modo a não produzir *'sofrimento'* desnecessário. Obviamente que respeitar tais modos de subjetivação não significa desconsiderar que um ato sexual possa adquirir uma conotação de violência no sentido jurídico. No entanto, em psiquiatria e psicologia, a experiência de violência precisa ser enunciada pela *'paciente'* a fim de se propiciar estratégias de cuidado que ajudem no processo de compreensão da situação vivida. De outro modo, imputar uma experiência violenta a quem não percebe a situação como violência sexual pode gerar outras formas de *'sofrimento'*.

---

[18] Esse mecanismo de proteção expandida tem a ver com os dilemas e as polêmicas envolvendo casos de abortamento. Demonstrar o sofrimento das *'vítimas'* é garantir o exercício de um direito enunciado por lei, é garantir e proteger economicamente e moralmente os familiares das *'pacientes'* e, por fim, proteger a equipe médica de acusações de descumprimento de preceitos legais. Em momentos tão delicados como os atuais, o idioma do sofrimento proporciona uma dupla camada de cuidado, atenção e garantia de direitos que estão constantemente ameaçados. No presente artigo não é possível descrever e expor todos os prismas decorrentes desse dispositivo acima enunciado. Para mais ver Simões (2019).

[19] O Código Penal de 1940 define: 'Art. 224 Presume-se a violência, se a vítima: a) não é maior de catorze anos; b) é alienada ou débil mental, e o agente conhecia esta circunstância; c) não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência (DOU, 31 de dez 1940, p.23926). Porém a Lei nº 12.015/2009 revoga tal artigo, já que passa a adotar o paradigma da vulnerabilidade. Contudo, segundo afirma Da Silva (2014), há uma controvérsia entre os operadores do direito em definir a vulnerabilidade como absoluta e relativa. Para uma discussão aprofundada ver: DA SILVA (2014), OLIVERIRA JUNIOR (2010), SERUDO & PALHARES (2016).

Portanto, ao enfatizarem a *'presunção da violência'* em uma situação atendida no Ambulatório, a equipe evidencia essa retroalimentação entre práticas. Por um lado, assume como dado a definição jurídica de violência sexual contra 'incapazes' e assim incorporam modos específicos do saber jurídico de narrar, descrever e notificar os casos. Por outro lado, mantém seus modos particulares de acolher, cuidar e proteger as meninas e mulheres em situação de violência sexual. Os exames físicos, o acompanhamento psicológico e psiquiátrico, bem como os cuidados de auxílio para com os familiares e/ou responsáveis seguem protocolos e diretrizes próprios da saúde. Isso quer dizer que o respeito às formas de experienciar o episódio são o fundamento para a condução de um bom atendimento. Os casos de Nice e de Maria são elucidativos, uma vez que o fato de serem categorizadas, do ponto de vista legal, como menores as colocam diretamente no lugar de 'incapazes' que merecem atenção especial.

Já no caso de Laura, a 'presunção de violência' se dá pela sua condição de 'deficiente intelectual'. Ou seja, novamente é a interconexão entre as práticas médicas e as jurídicas o que possibilita tal identificação de presunção. Explico. A definição jurídica de 'deficiência' e 'deficiência mental ou intelectual' presente no ordenamento brasileiro guarda estreitas relações com as definições médicas. É verdade, que essas definições passaram por algumas transformações e adotaram uma perspectiva vinculada ao modelo social da deficiência (DINIZ, 2007). Entretanto, vale destacar que a prática cotidiana da maior parte das instâncias estatais ainda estão amparadas por uma forma de circunscrever o conceito ligadas ao campo da Saúde, ou seja, vinculadas a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS)[20].

Desse modo, o que se encontra na lei é a legitimação e oficialização da descrição diagnóstica de uma prática médica. Os termos *'deficiência mental ou intelectual'* e *'retardo mental'* utilizados nas narrativas de Laura e Maria, enfatizam as formas classificatórias do saber médico, mas também, recolocam essas mesmas formas de classificação nos termos descritos pelos 'diplomas legais'. Isso implica que tais definições dizem respeito a um mesmo conjunto de características que são coladas aos corpos das duas *'pacientes'* e que tanto as identificam medicamente quanto juridicamente. Assim, *'retardo mental', 'deficiência mental', 'déficit cognitivo'* e *'deficiência intelectual'* apresentam uma descrição sobre o "desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento" (CID-10, 2008).

[20] É bem verdade que a OMS produziu no ano de 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) a fim de retirar o caráter biomédico das definições sobre capacidade, incapacidades e deficiências. O esforço se deu em construir uma definição que levassem em conta as relações sociais e não responsabilizasse apenas o corpo individual. Todavia, é preciso ter em conta que a CIF não conseguiu adentrar na prática médica como se previa. A classificação mais utilizada ainda é a CID que está em sua 10ª Edição.

Por sua vez, afirma Basile (2015), o comprometimento das faculdades mentais, a limitação do desenvolvimento cognitivo e a dificuldade de compreensão do pensamento abstrato são assumidos pelo ordenamento jurídico como uma das condições de incapacitação da vida civil. Em outros termos é dizer que *'deficiência intelectual'* e 'incapacidade' jurídica são, quase sempre, tomadas como sinônimos. Além disso, também havia uma outra aproximação de conceitos médico e jurídicos. Refiro-me da aproximação dos conceitos de 'incapacidade' e de 'vulnerabilidade' nas tipificações das situações de violência sexual. De acordo com a Lei nº 12.015/2009, conhecida como Lei do Estupro, vulnerável se converteu em uma tipificação de crime intitulada "Estupro de Vulnerável". Diz:

> Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos:
> Pena – reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.
> § 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer causa, não pode oferecer resistência (DOU, 10 de agosto de 2009, p.02).

O artigo citado ainda contém mais outros quatro parágrafos que desdobram as tipificações e os agravantes de tais atos. No entanto, a vinculação entre 'vulnerabilidade' e 'deficiência intelectual' nas situações de violência sexual não me pareceu pouco significativa. Afirmo isso tendo no horizonte o processo bastante singular de como o paradigma do sujeito 'vulnerável' emerge no campo da saúde e passa a ser apropriado e reapropriado pelo campo sócio jurídico. Como é sabido, a categoria 'vulnerabilidade' foi forjada como uma ferramenta analítica e inicialmente utilizada por profissionais da saúde a fim de discutir e enfrentar os efeitos da epidemia de HIV/AIDS[21]. Segundo Barboza (2013), a categoria tinha por objetivo avaliar as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se infectar, "dado o conjunto formado por certas características individuais, sociais e institucionais de seu cotidiano julgadas relevantes para maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema" (p.468).

Em síntese, o que estou querendo enfatizar a partir dessa análise é que as definições jurídicas de 'incapacidade', 'deficiência mental ou intelectual' e 'vulnerabilidade' figuram como desdobramentos de uma mesma condição cognitiva definida pela categoria médica de *'retardo mental'*. Dessa maneira, artificialmente construídas como sinônimos, uma mulher com deficiência intelectual em situação de violência sexual é 'vulnerabilizada' e 'incapacitada' em todas as suas condições médico-jurídicas.

---

[21] Vale aqui uma importante consideração. A categoria vulnerabilidade é inescapavelmente relacionada à categoria risco. Dessa forma, produz uma espécie de contágio perigoso inerente aos sujeitos que são assignados como vulneráveis. Na área da Saúde a ideia de risco que envolve epidemia do HIV/AIDS é, talvez, o exemplo mais contundente. Entretanto, Natalia Corazza tem refletido sobre os efeitos similares dessa associação entre vulnerabilidade, risco e perigo no campo da Segurança Pública. Agradeço aqui essa preciosa indicação que, penso, poderá ser desenvolvida por e em outros artigos.

Por isso, devido a delicadeza e polêmica envolvendo os casos de *'interrupção legal de gestação'*, os direitos que, em teoria estariam garantidos, passam a ser movimentados pela chave da vitimização. A recente discussão chamada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) sobre a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 442 (ADPF 442), realizada em agosto de 2018, ilustra bastante bem a particularidade do assunto e a importância da categoria 'vítima' nesse processo. Isso se deve pelo fato de que mesmo a manifestação pública do sofrimento associado à violência que é narrada por mulheres, com ou sem deficiência intelectual, tem se convertido em uma ação passível de questionamento por determinados grupos. O argumento também se utiliza do idioma da dor e do sofrimento, mas desloca o sujeito a ser *'vitimizado'*, colando ao nascituro o status de verdadeira 'vítima da situação de violência sexual'. Isto posto, sustento que as modalidades de gestão médico-jurídicas têm se realizado por sofisticados mecanismos de regulação e *descapacitação* de corpos.

Estes mecanismos tanto constroem alguns corpos como as 'verdadeiras vítimas', como explicitam a importância contemporânea da 'vítima' como figura central nas políticas de justiça, garantia e reparação (SARTI, 2009). Do mesmo modo, também constrói uma retórica de *descapacitação* que se propaga para além das definições jurídicas de 'deficiência' e 'deficiência intelectual'. São modos de gestar corpos e de gerir experiências, sexualidades e desejos que não comportam outra forma que não a lógica da 'vulnerabilidade', da 'proteção' e do 'descontrole'. Por isso, os casos de Maria e Laura me ajudam a evidenciar as tecnologias de regulação inerentes à formulação desse idioma moral. Independentemente da experiência psíquica e emocional dessas meninas e mulheres, tais tecnologias *'vitimizam'* e cristalizam dor e sofrimento como a única possibilidade de habitar o mundo social.

Para além disso, as situações de Laura e Maira explicitam o paradoxo processo de emergência de 'pessoas com deficiência intelectual' como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos. Dessa forma, penso que nesses dois casos, cada uma das três categorias que apresentei perdem suas especificidades técnicas. Entretanto, vão se construindo como elementos de uma descrição associada, como bem já afirmei, gramáticas emocionais (COELHO & SARTI & VÍCTORA, 2013) fundadas em sentimentos como angústia, dor, sofrimento, empatia e antipatia. Estas por sua vez se espraiam para todas as relações com as quais estão envolvidas. Não à toa o sofrimento da avó de Laura foi constantemente reforçado na narrativa. De igual modo, o sofrimento e a angústia da mãe de Maria e dos familiares de Nice compuseram as justificativas dos pedidos de interrupção de gestação.

Considerações Finais

Os abortos realizados por Laura, Maria, Monica e Nice explicitam as disputas, as tensões e as torções (VIANNA, 2012) próprias da judicialização das relações sociais (RIFIOTIS, 2012). Mesmo que a letra da lei garanta a possibilidade de interrupção legal de gestação em situações como as vividas pelas quatro mulheres, na prática tal garantia é operada de outro modo. Foi necessária a elaboração de uma gramática emocional que as construía como *'mulheres vítimas de violência sexual'* para que as repreensões morais advindas do abortamento fossem minimizadas. Também foi necessário o espraiamento para os cônjuges, filhos e/ou familiares da *'dor'* e do *'sofrimento'* causado pelo episódio de violência, para que a interrupção legal de gravidez, entendida como exercício de um direito, não fosse tomada como um ato injustificado.

As diversas categorias jurídicas pelas quais meninas e mulheres em situação de violência sexual são marcadas, como já indicado, parecem perder suas especificidades. Perdem também sua amplitude em especificar sujeitos variados atingidos por uma situação violenta, assim como a capacidade de diferenciar e tipificar juridicamente crimes e punições. Nos pedidos de interrupção legal de gestação envolvendo meninas e mulheres com e sem deficiência intelectual, fica mais evidente a gramática emocional envolvida nas decisões. Sempre respeitando os aspectos legais de tais pedidos, o esforço estava em construir moralmente um processo de vitimização que não deixasse dúvidas sobre as decisões tomadas seja pela equipe médica, seja pela menina ou mulher com e sem deficiência intelectual, seja pelos responsáveis legais.

Utilizar esses quatro casos em comparação também possibilitou um entendimento matizado sobre as tramas da deficiência e a modalidade de gestão que ela produz. Isso porque, ao colocar sob análise as estratégias de classificação, circunscrição, descrição, hierarquização e regulação pelas quais o conceito deficiência intelectual passa, consegui apreender uma dinâmica de controle social comum a outros corpos. Diferentemente de Laura e Maria, Monica e Nice não são assignadas pessoas com deficiência intelectual. Todavia, estão marcadas e atravessadas pela mesma lógica do que chamei dispositivo de *descapacitação* inerente ao que é descrito como deficiência intelectual. Em outros termos é dizer que a deficiência intelectual não é uma categoria médica ou jurídica. Ela é uma maneira de construir e estabelecer relações que supõe um processo marcado de desigualdades de poder, subordinação e hierarquização.

Este tem a ver com um processo em que são tornadas 'incapazes', 'vulneráveis' e *'deficientes'* não apenas as meninas e mulheres assignadas como tal, mas também toda as relações ao seu redor. Dessa maneira, Monica e também seus filhos são produzidos como *'vítimas de violência sexual'*. Laura, a avó e a tia também são simbolicamente atravessas pelo ato de violência e 'incapacitadas' de prosseguir com a gravidez. Nice, a mãe e toda sua organização familiar são *'presumidamente vulneráveis'*

seja pelas condições emocionais, seja pelas condições financeiras, seja pelas outras tantas situações de violência a qual estão expostas. Maria, o irmão mais novo *'agressor'*, o irmão mais velho e a mãe são marcados por uma 'incapacidade de autogestão' dos atos da vida civil. No limite, a partir desse processo, deficiência se converte em uma prática de gestar, gerir e governar sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos sejam eles jurídica e medicamente com ou sem deficiência intelectual.

É verdade que tal percepção já havia sido descrita por Vianna (2002) com o conceito de *menoridade* e desdobrado por Lugones (2012) nas *técnicas de memorização*. Sem embargo, formular tais percepções a partir da *descapacitação* me ajuda a produzir um deslocamento importante nos chamados estudos sobre deficiência. Ao utilizar essa concepção consigo trazer atenção para as formas eminentemente sociais de classificação e demarcação desses corpos e, assim, explicito as noções de desvantagem, déficit cognitivo e incompletude que estão atreladas a deficiência intelectual. Em outros termos, o que quero afirmar é que a noção de *descapacidade* ajuda a produzir um distanciamento dos saberes médico e jurídico por mim chamado de disjunção.

Como desdobramento desse processo disjuntivo, a *descapacitação* é um ato contínuo de ação tutelar que se utiliza dos mesmos mecanismos de gerência da deficiência intelectual para regular sujeitos. Isso não quer dizer que a condição de pessoa com deficiência intelectual de Laura e Maria seja igual a condição de pessoa sem deficiência intelectual de Monica e Nice. Significa sim dizer que as mesmas estratégias de regulação e controle desses corpos nos procedimentos de abortamento legal são operacionalizadas. Ou seja, a deficiência intelectual pensada a partir dessa chave de *descapacidade* é um eixo de diferenciação, hierarquização e distinção comum a todos os corpos. Ela é uma prática que se estende e é constituinte do modo como construímos, assimilamos e efetuamos os direitos sexuais e reprodutivos. No limite, ela governa determinados sujeitos e suas formas de acessar seus direitos.

Referências Bibliográficas

BASILE, Felipe. Capacidade civil e o Estatuto da Pessoa com Deficiência. Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/Senado, **Boletim Legislativo**, nº 40, outubro de 2015.

BARBOZA, Renato. Sexualidade e Reprodução como direitos das pessoas com deficiência intelectual e sua interface com as políticas nacionais de educação e saúde: limites e possibilidades. São Luís: **Revista Políticas Públicas**, v.17, n.2, p.467-477,2013.

BITENCOURT, Cezar Roberto. O conceito de vulnerabilidade e a violência implícita. **ConJur**, 2012. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2012-jun-19/cezar-bitencourt-conceito-vulnerabilidade-violencia-implicita . Acessado em julho de 2016.

CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. DataSUS, 2008. Disponível em:

http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm. Acessado em dezembro de 2018.

COELHO, Maria Claudia & SARTI, Cytnhia & VÍCTORA, Ceres & RUSSO, Jane. Apresentação dossiê: política de moralidade e gramáticas emocionais. In.: **Intersecções: Revista de Estudos Interdisciplinares**, ano 15, nº2, 2013.

DA SILVA, Savigny Gonçalves de Sousa. **Relativização do conceito de vulnerabilidade por critério etário nos crimes sexuais.** Monografia (Graduação), PUC-RJ, Rio Janeiro, 2014.

DINIZ, Debora. **O que é deficiência**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

DOU – DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata da corrupção de menores. Brasília: Publicado no D.O.U de 10 de agosto de 2009.

FASSIN, Didier.Compaixão e Repressão: A economia moral das políticas de imigração na França. **Ponto Urbe**: Revista do Núcleo de Antropologia Urbana da USP, 15, 2014.

FERREIRA, Carolina Branco de Castro. Debate do Grupo de Trabalho Antropologia e Saúde: Práticas, saberes e corporalidades. In.: **Jornadas de Antropologia John Monteiro** 2018, 16 de agosto de 2018. [Apresentação Oral], 2018.

FORSEY, Martin. Gerard. Etnography as particpant listening. **Etnography**, v.11, nº4, p. 558-572, 2010.

GONÇALVEZ, Carlos Roberto. **Direito Civil brasileiro**.Volume *6*. 8ª Edição, São Paulo: Saraiva, 2011.

LACERDA, Isadora Almeida & VIDAL, Adriana. O conceito de violência contra a mulher no direito brasileiro. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2014. [Relatório PIBIC].

LOPES, Pedro. *Disability grants* na África do Sul: aprendizados sobre deficiencia em diálogo Sul-Sul. In.: **Anais da Jornadas de Antropologia John Monteiro** 2018, 2018.

LUGONES, Maria Gabriela. **Obrando en autos, obrando en vidas: formas y fórmulas de Protección Judicial en los tribunales Prevencionales de Menores de Córdoba, Argentina, a comienzos del siglo XXI.** Rio de Janeiro: E-papers: Laced/Museu Nacional, 2012.

MARCON, Kenya J. A visibilidade das pessoas com deficiência como "sujeitos de sexualidade". In: **Anais da 28º Reunião Brasileira de Antropologia**, São Paulo, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Direitos Sexuais e Reprodutivos na Integralidade da Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

______. I Seminário Nacional de Saúde: Direitos Sexuais e Reprodutivos e Pessoas com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

NADAI, Larissa. **Descrever crime, decifrar convenções narrativas:** uma etnografia entre documentos oficiais da Delegacia de Defesa da Mulher de Campinas em crimes de estupro e atentado violento ao pudor. Dissertação (Mestrado), Universidade de Campinas – Campinas, 2012.

______. **Entre pedaços, corpos, técnicas e vestígios**: O Instituto Médico Legal e suas tramas. Tese(Doutorado), Universidade de Campinas – Campinas, 2018.

OLIVEIRA JUNIOR, Eudes Quintino de. **O conceito de vulnerabilidade no direito Penal**. Disponível em: https://lfg.jusbrasil.com.br/noticias/2146510/o-conceito-de-vulnerabilidade-no-direito-penal-eudes-quintino-de-oliveira-junior Acessado em maio de 2015.

PETCHESKY, Rosalind. Sexual rights: inventing a concept, mapping an international practice. In: PARKER, Richard. (Ed.). ***Framing the sexual subject:*** *The politics of gender, sexuality and power*. Berkeley: University of California Press, p. 81-103, 1999.

RIFIOTIS, Theophilos. Sujeito de direitos e direitos do sujeito. In.: VIEIRA, Danielli (Org.). **Um olhar antropológico sobre violência e justiça:** etnografias, ensaios e estudos de narrativas. Florianópolis: Ed. UFSC, 2012, pp.13-26.

RILES, Annelise. **The network inside out**. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2001.

SARTI, Cynthia. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. **Sexualidad, Salud y Sociedad**: Revista Latinoamericana, v.1, p.89-103, 2009.

______. A vítima como figura contemporânea. **Cadernos do CRH**. Salvador, v.24, jan./abr, p.51-61, 2011.

SERUDO, Vitor Benayon Pontes & PALHARES, Tatiane Campelo da Silva. Estudo da vulnerabilidade do artigo 217-a do Código Penal Brasileiro. Disponível em: https://vitorserudo.jusbrasil.com.br/artigos/314072589/estudo-da-vulnerabilidade-do-artigo-217-a-do-codigo-penal-brasileiro. Acessado em junho de 2015.

SIMÕES, Julian. **Assexuados, Libidinosos ou um Paradoxo Sexual? Gênero e sexualidade em pessoas com deficiência intelectual.** Dissertação (Mestrado), Universidade de Campinas – Campinas, 2014.

______. **Dos sujeitos de direitos, das políticas públicas e das gramáticas emocionais em situações de violência sexual contra mulheres com Deficiência Intelectual**. Tese (Doutorado), Universidade de Campinas – Campinas, 2019.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de. **Um grande cerco de paz:** Poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1995.

STRATHERN, Marilyn. **O efeito etnográfico e outros ensaios.** São Paulo: Cosacnaif, 2014.

VIANNA, Adriana. **Limites de menoridade: tutela, família e autoridade em julgamento**. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Museu Nacional - Rio de Janeiro, 2002.

______. Atos, sujeitos e enunciados dissonantes: algumas notas sobre a construção dos direitos sexuais. In.: **Discursos fora da ordem**: sexualidades, saberes e direitos. São Paulo: Anna Blume, 2012a.

VIANNA, Adriana & LACERDA, Paula. **Direitos e Políticas sexuais no Brasil: o Panorama Atual**. Rio de Janeiro: IMS, CLAM, 2005.